N. 161.
10.

Quelques Généralités

SUR

LA PLEURÉSIE.

Thèse

Présentée et Publiquement Soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 30 août 1837,

Par ROUSSET (CHARLES-FRANÇOIS),

de CHATEAU-RENARD, *Bouches-du-Rhône*,

Chevalier de l'Ordre Royal de la Légion d'Honneur, Bachelier ès Lettres, Chirurgien Aide-Major au 7e Régiment d'Artillerie,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Ars longa, vita brevis.

MONTPELLIER,

de l'Imprimerie d'Isidore TOURNEL aîné, rue Aiguillerie, n° 39.

[1837]

AU COLONEL

LE NORMAND,

Commandant le 7e Régiment d'Artillerie, Officier de l'Ordre Royal de la Légion d'Honneur, etc.

TÉMOIGNAGE PUBLIC

de Reconnaissance,

d'Attachement,

d'Estime profonde.

AU CARACTERE DE L'HOMME. AU MERITE DU CHEF.

C.-F. ROUSSET.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM.	CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
	BROUSSONNET, Président.	*Clinique médicale.*
	LORDAT.	*Physiologie.*
	DELLILE.	*Botanique.*
	LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
	DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
	DUBRUEIL.	*Anatomie.*
	DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
	DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
	GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
	RIBES.	*Hygiène.*
	RECH.	*Pathologie médicale.*
	SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
	BERARD	*Chimie générale et Toxicologie.*
	RENÉ.	*Médecine légale.*
	RISUENO de AMADOR,	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGREGES EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

QUELQUES GÉNÉRALITÉS

SUR

LA PLEURÉSIE.

Pleurésie, *pleuritis* (Hippocrate) signifiait, chez les Grecs, douleur dans l'un ou les deux côtés de la poitrine. Les anciens confondaient donc ainsi sous le même nom les inflammations de la plèvre, du poumon, du péricarde, du cœur, des muscles et du tissu cellulaire intercostal. Ensuite d'autres proposèrent ce problême ; savoir : si la pleurésie était l'inflammation de la plèvre ou celle du poumon ; quelques praticiens allèrent jusqu'à nier que les maladies de cette membrane séreuse pussent se développer primitivement et exister à l'état de simplicité. Mais aujourd'hui que le vague des opinions a disparu, on ne consacre plus le mot de pleurésie, pleurite, que pour caractériser l'inflammation de la plèvre. Cette distinction établie, les maladies du poumon et de la membrane séreuse qui couvre cet organe est une des belles conquêtes de l'anatomie pathologique par les travaux d'Avenbrugger, de Corvisart, de Bayle, de Laënnec et de l'illustre Broussais.

Ainsi donc, pour éviter les grandes erreurs qui nuiraient essentiellement au traitement de l'une et de l'autre inflammation, il faut discerner la pneumonie de la pleurésie, et étudier avec soin les différences que présentent les signes caractéristiques de l'inflammation de ces deux tissus voisins.

La plèvre n'est en contact qu'avec elle-même à sa surface libre, et ne reçoit par conséquent l'impression d'aucun agent extérieur, aussi long-temps qu'elle n'est point ouverte ; elle s'affecte par suite des contusions du thorax, et par l'effet des causes qui agissent sur la peau ou sur les bronches : les maladies du poumon, du péricarde et du cœur, étendent leur influence jusqu'à cette membrane dans la plupart des cas ; enfin, elle est en rapport d'action avec les autres membranes séreuses, ce qui devient pour elle une source fréquente de maladies. Dans l'état normal, la surface interne est lisse, polie, continuellement humectée et libre de toute adhérence.

L'inflammation de la plèvre est aiguë, latente ou chronique. Tantôt elle existe seule et de prime abord, tantôt l'inflammation se propage de la membrane aux poumons, d'autres fois enfin la péripneumonie devient pleuro-péripneumonie. S'il convient de parcourir successivement les signes de chacune de ces inflammations en particulier et de leurs complications entre elles, il importe surtout de bien distinguer la pleurésie chronique avec épanchement de l'inflammation latente du tissu pulmonaire ; c'est ce que je vais essayer de faire, moins dans l'espoir d'ajouter aux beaux travaux et aux savantes recherches de Laënnec sur ces affections, que dans l'intention seulement de faire ressortir quelques caractères distinctifs de ces diverses inflammations. Toutes les causes prédisposantes et déterminantes qui sont assignées au catarrhe et à la péripneumonie, peuvent très-facilement produire la pleurésie. On observe cette maladie tantôt et plus souvent à l'état aigu, chez des personnes à poitrine large, colorées, replètes, à système sanguin énergique, sujettes aux hémorrhagies, qui ont contracté, puis interrompu l'usage des sai-

gnées de précaution, ou chez lesquelles un écoulement sanguin a cessé ; tantôt et plus souvent à l'état chronique, chez les sujets à poitrine étroite, pâles, grêles, très-sensibles et irritables.

Les affections tristes, déprimantes, le chagrin, la crainte habituelle, disposent aux phlegmasies de la plèvre. Mais les causes les plus susceptibles de déterminer l'inflammation de cette membrane séreuse, sont les plaies des parois du thorax, l'introduction de corps étrangers dans cette cavité, les fractures des côtes, les secousses imprimées au tronc dans les chutes, les coups sur cette partie, les contusions, les cris, les efforts souvent répétés de toux, déterminent le hoquet, le vomissement, le refroidissement de la peau, couverte de sueur ; le passage subit de l'exercice au repos, d'un lieu exposé au soleil dans un endroit ombragé, telles furent les causes d'un grand nombre de ces maladies que j'eus à traiter en Afrique en juin 1830. Les canonniers commandés pour construire des batteries devant le fort l'empereur, eurent pendant quelques jours à subir, en outre d'un travail pénible, les chaleurs brûlantes d'un climat tout nouveau pour eux, et le froid de ces nuits fraîches que l'on rencontre dans les pays du Midi. Ces variations de température si grande exercèrent leur influence sur des hommes habitués jusqu'alors à un climat tempéré, furent pour eux la cause de nombreuses pleurésies. Je fus donc en position d'en observer beaucoup et de les traiter. L'inflammation de la plèvre était surtout déterminée par l'exposition à l'air froid de la nuit, et plus encore par l'ingesta d'une eau glaciale dans l'estomac au moment d'une chaleur excessive, à laquelle venait s'ajouter la fatigue occasionée par le maniement des terres pour la construction des batteries.

La plèvre s'enflamme encore par suite de la phlegmasie aiguë ou chronique du poumon, des bronches ou du péricarde, des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, de la cessation subite des inflammations de la peau ou des douleurs des membres, du retard ou de l'interruption de l'hémorrhagie nasale, des règles ou des lochies.

L'abus des plaisirs sexuels est encore une cause trop commune et très-puissante de l'inflammation chronique ou sans rapport apparent avec la cause quand elle est aiguë, il est rare que les praticiens eux-mêmes n'en connaissent pas l'origine. J'ai quelquefois remarqué dans les hôpitaux militaires, des individus blessés ou opérés, enlevés tout-à-coup par des inflammations foudroyantes de la plèvre. La pleurésie attaque indistinctement tous les âges et les deux sexes; cependant, selon la remarque de Cœlius-Aurélianus, les hommes y sont plus sujets que les femmes; elle est moins fréquente chez les vieillards que chez les jeunes gens et les adultes.

Arétée a observé que les enfans, par rapport à la mollesse du tissu de leurs organes, et en raison chez eux, du peu de dérangement dans les fonctions de la perspiration de la peau, étaient moins sujets aux affections pleurétiques. De tous les médecins qui ont écrit sur la pleurésie, Morgagni, Baglivi, Broussais, Laënnec et Louis sont ceux auxquels nous devons le plus de données positives sur cette maladie.

Lorsque la pleurésie est provoquée subitement par une cause énergique du thorax, un refroidissement complet au moment où les capillaires de la peau sont dans un épanouissement et une action considérables, etc., elle débute ordinairement par un frisson vif et court, une douleur violente fixe et pongitive dans un ou plusieurs points de la poitrine, par une gêne excessive de la respiration, et une toux sèche qui toutes deux éveillent ou augmentent la douleur, de telle sorte que la toux ne s'achève point et que chaque inspiration est brusquement interrompue. Le malade se couche pour l'ordinaire sur le côté affecté ou sur le dos, parce que le coucher sur le côté sain lui occasionne un sentiment de suffocation; le pouls est dur et fréquent, surtout le soir.

La peau est chaude sans sécheresse, l'appétit nul, la langue pâle, l'urine peu abondante ou nulle. La douleur est ordinairement pongitive, fixe; elle se fait sentir, le plus souvent,

au-dessous du mamelon ou plus en dehors à la même hauteur ; quelquefois elle change de place, et même elle cesse dans un côté de la poitrine, puis se fait sentir de l'autre. L'inspiration, la toux, le rire, tous les mouvemens, en un mot, les parois du thorax l'exaspèrent, la rendent lancinante, ou la renouvellent, quand elle paraît sur le point de céder. La pression exercée sur les espaces des muscles intercostaux l'augmentent quelquefois. Lorsque cette douleur arrive au dernier degré d'intensité, elle semble occuper toute la poitrine, ne plus avoir de siége fixe et se multiplier ; elle devient lancinante, brûlante, gravative, se propage dans toutes les directions, et paraît quelquefois traverser le tronc ; les deux côtés sont immobiles ou peu s'en faut : la respiration ne se fait plus que par l'abaissement du diaphragme, elle est toute abdominale ; la percussion fournit un son sourd, ou ne fournit aucun son des deux côtés, alors l'inflammation s'étend à toute la plèvre. La gêne de la respiration peut aller jusqu'à jeter le malade dans une crainte continuelle de suffocation, il se tient assis, penché en avant, sans oser tousser. La face est rouge, les traits sont décomposés, on remarque la plus grande anxiété, le pouls est dur, fort développé, d'autrefois il est petit et concentré, les pommettes sont rouges. Il y a redoublement très-marqué de tous les symptômes, le soir et la nuit. Alors l'anxiété est plus considérable ; le mouvement fébrile est très-violent la respiration très-difficile, l'inspiration courte et fréquente, la douleur du côté est plus intense, la toux est sèche, c'est-à-dire, avec peu ou point d'expectoration, ou accompagnée seulement de crachats visqueux. Quelquefois il y a délire, paraphrénésie des anciens.

Il est plus commun de voir la pleurésie se manifester avec moins de violence, alors la douleur qui est un des symptômes les plus caractéristiques de cette phlegmasie, est souvent moins intense, plus supportable, mais elle conserve cependant son caractère qui est d'arrêter l'inspiration, de rendre la respiration entre-coupée et de renouveler ou de devenir lancinante par la

toux. Il faut bien se garder de croire que la toux soit un symptôme constant de la pleurésie, car chez trois cents malade observés chez Louis, il n'y eut pas une seule secousse de toux, chez plusieurs, il y eut seulement un peu de toux au début, et ensuite elle disparut sans retour. L'inégalité de la respiration est un symptôme constant de la pleurésie et de la pneumonie aiguë. Lorsque la plèvre est enflammée, la respiration est vive, relativement à l'expiration, le contraire a lieu lorsque la phlegmasie occupe le paranchyme pulmonaire; la gêne de la respiration est souvent peu marquée dans la pleurésie, et la douleur si faible qu'elle n'est point accusée par le malade. Ne pourrait-on pas alors méconnaître la nature et le siége de cette maladie?

Dans d'autres cas, le sujet se plaint de douleur dans les parois de la poitrine, mais cette douleur n'arrête point l'inspiration, il se plaint de gêne dans la respiration, mais cette respiration n'est point entre-coupée; il tousse, mais la toux n'augmente ni ne réveille la douleur; il peut même arriver que la plèvre soit fortement enflammée et dans une très-grande étendue, sans que le sujet ressente aucune douleur, se plaigne d'aucune gêne de la respiration, et sans qu'il tousse une seule fois (pleurésie latente). C'est ce qui arrive quand la pleurésie est très-peu étendue, qu'il se forme peu ou point d'épanchement.

Suivant Laënnec, l'inflammation de la plèvre est toujours accompagnée d'une exaltation à sa surface interne (pleurésie humide); cette exaltation qui manque quelquefois, paraît commencer dès le premier instant de l'inflammation, et produit ordinairement une matière demi-concrête, disposée en couches membraniformes, une matière très-liquide, séreuse, enfin parfois du sang à peu près pur. Les pleurésies sans épanchement (pleurésies sèches) sont fort rares, toujours partielles et peu étendues; elles ne surviennent guère que chez les sujets affectés de pneumonite chronique avec marasme. Andral a eu raison de dire que si les pleurésies sèches sont rares, elles sont aussi peu communes, car il est démontré que la plèvre peut rarement

s'enflammer sans verser le liquide. Les pleurésies latentes sont le plus souvent des pleurésies chroniques de prime abord, surtout chez les malades qui sont d'un âge déjà avancé, et qui sont dans un état de faiblesse (pleurésies séniles proprement dites). Ces pleuréries ont des caractères inflammatoires tellement peu prononcés et une douleur tellement peu vive, qu'il arrive souvent où qu'on les méconnaisse, ou qu'on les confonde avec la pleurodynie. Elles surviennent ordinairement dans le cours d'une gastro-entérite ou pendant le scorbut, se terminent toujours par épanchement, entraînent promptement la mort du sujet, si c'est un vieillard, et ne sont de longue durée que chez les adultes, ou presque toujours elles s'accompagnent d'un état tuberculeux des poumons.

Ainsi dans tous les cas de pleurésie de ce genre, la fièvre est un peu sensible, la douleur presque nulle; il y a de la dyspnée, une petite toux sèche, parfois catarrhale, et ampliation du côté malade avec élargissement des espaces intercostaux. On entend un son mat de la poitrine dans l'endroit affecté, et une égophonie tout aussi prononcée que dans la pleurésie chronique; le décubitus n'est possible que sur le côté malade: si l'inflammation s'étend aux deux plèvres, ce qui est rare, on remarque que, pour peu qu'elle soit intense, plusieurs symptômes que j'ai décrits, sont plus marqués que dans le cas où l'inflammation n'occupe qu'un seul côté, mais la douleur est ou n'est point accusée par le sujet qui éprouve seulement une anxiété inexprimable. Cette anxiété est quelquefois le seul symptôme qu'on observe, encore peut-il manquer. Il ne reste plus alors que l'examen de la respiration, à l'aide du cylindre, et la voix chevrotante qui puissent révéler cette double pleurésie, qui ne s'établit que pendant l'agonie, à la suite des maladies aiguës ou d'inflammation d'abord partielle de la plèvre.

Nous devons au professeur Andral d'avoir constaté la fréquence des phlegmasies circonscrites de la plèvre, le plus souvent elles ne donnent lieu à aucun trouble dans le mouvement circulatoire et ne portent point atteinte aux autres fonctions.

Les symptômes qui les caractérisent sont : une douleur bornée à un point peu étendu de la poitrine, tantôt peu vive et passagère, tantôt assez forte pendant quelques jours, encore ces symptômes manquent-ils souvent. Mais lorsque la douleur, qui est le meilleur symptôme pour indiquer le début, existe sans trace d'épanchement, il ne faut pas de suite croire à un rhumatisme, ou à une pleurodinie, car l'épanchement peut survenir plus tard ; dans ce cas, il convient de bien examiner tous les jours le malade pour asseoir le diagnostic.

L'inflammation est-elle bornée à la portion de la plèvre qui revêt le diaphragme, on observe une douleur parfois très-vive le long du bord cartilagineux des côtes sternales, qui s'étend le plus souvent dans les hypochondres et quelquefois jusques dans les flancs ; l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration, qui ne se fait plus que par l'élévation des côtes, l'altération subite des traits, une gêne de la respiration, telle que le sujet est obligé de se tenir assis, le tronc incliné en avant. Ce dernier symptôme manque quelquefois ; d'autres encore moins constans sont le hoquet, les nausées, les vomissemens, quoique l'estomac soit sain. L'expression de la douleur qui se marque dans les traits, constitue ce qu'on appelle le rire sardonique. Ce symptôme est commun à toutes les lésions du diaphragme ; mais on distingue la pleurésie diaphragmatique de l'inflammation du péritoine qui recouvre la face abdominale du diaphragme, en ce que, dans la première, la respiration se compose d'une suite d'inspirations saccadées et interrompues de loin en loin par une courte inspiration.

La toux est sèche et convulsive. Comme cette inflammation se termine promptement, sinon par un épanchement, au moins par une exsudation épaisse, qui fait adhérer en peu de temps le poumon au diaphragme, la base de la poitrine donne un son mat à la percussion, et la respiration ne s'entend presque pas dans cette partie de la poitrine. Cette inflammation, du reste, est si difficile à reconnaître chez les vieillards, qu'on la prend presque toujours

pour une phlegmasie du foie. Elle ne présente non plus, chez les enfans, aucun caractère tranché qui puisse la faire distinguer des autres inflammations de poitrine. Si l'inflammation est bornée à la partie de la plèvre qui revêt le côté droit du diaphragme, le foie peut s'irriter et la peau devenir jaune ; on est alors exposé à prendre cette pleurésie pour une hépatite. Si à la pleurésie se joint l'inflammation de l'estomac, l'accélération de la circulation est alors excessive, et à la douleur pleurétique se joignent tous les symptômes de l'inflammation plus ou moins aiguë de l'estomac.

C'est de cette double inflammation ainsi que de la pleurohépatite que Stoll a fait sa pleurésie bilieuse. Lorsque l'inflammation est bornée à la partie de la plèvre qui tapisse les surfaces des deux lobes contigus du poumon, les symptômes en sont fort obscurs. Quand la phlegmasie a lieu dans le médiastin, on peut la confondre avec la péricardite. Les signes de la médiastinite sont, d'après Sauvages, une douleur obtuse et comme pesante au centre de la poitrine qui se propage le long du sternum et se termine au cartilage xyphoïde ; un sentiment interne de malaise et de chaleur ; une gêne médiocre de la respiration ; une soif excessive, une toux sèche ou des crachats rares, peu abondans, peu colorés ; une grande inquiétude, la face grippée, il y a de la chaleur à la peau, le pouls est fréquent, et parfois la suppuration a lieu.

Le même auteur a donné, comme signe de l'inflammation du thymus, lorsque cet organe existe, la gêne de la respiration, de la déglutition et de la voix, le rejet des alimens et l'apparition d'une tumeur à la partie inférieure du cou, près du sternum. Si la pleurésie se complique de l'inflammation de l'enveloppe séreuse du cœur, connue sous le nom de péricarde les symptômes sont très-violens et offrent l'image de la plus terrible angoisse, les douleurs surtout sont rapportées à la région précordiale, l'anxiété et l'insomnie sont portées au plus haut degré, le malade se tient courbé en avant. Indépendamment de ces symptômes, on donne

pour signe particulier de la péricardite la tendance aux lypothimies. La concentration du pouls est remarquable, ainsi que le défaut de chaleur fébrile. Quelquefois les symptômes de la péricardite sont masqués par ceux de la pleurésie. Les signes obtenus à l'aide du cylindre sont peu caractéristiques pour reconnaître l'inflammation sympathique du péricarde. Celui que l'on obtient par la percussion est assez rare, et d'ailleurs offre peu de certitude. Corvisart donne comme signe de la péricardite, l'impulsion plus forte et le bruit plus marqué des contractions des ventricules, l'inégalité des contractions et leur défaut de proportion avec la faiblesse et la petitesse du pouls; Laënnec, Collin et Deviller ont observé plusieurs fois le bruit du cuir neuf ou du frottement qui leur paraît être fréquemment un symptôme de cette affection. Je pense que ce bruit, s'il a jamais lieu, ne devrait exister qu'avant l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité dans le péricarde.

Enfin, dans le cas où il n'y aurait à hésiter qu'entre une pleurésie et la péricardite, s'il y avait égophonie, il serait certain que la première de ces deux maladies existerait. Il n'est pas rare que le sang soit versé par la plèvre enflammée; mais il est fort rare que du sang pur soit déposé dans la cavité de cette membrane, et qu'il ne s'y mêle point de sérosité. L'inflammation aiguë hémorrhagique de la plèvre est remarquable, dès les premiers jours, par l'intensité des signes d'épanchement. Quand l'hémorrhagie succède à l'exhalation séreuse, le diagnostic ne présente pas cette particularité. L'hémorrhagie de la plèvre met, suivant Laënnec, un grand obstacle à la guérison; elle la retarde au moins beaucoup et concourt à déterminer le rétrécissement de la cavité thoracique; cette pleurésie passe souvent à l'état chronique. Schubert, Stranck, Arloin et Bianchi ont constaté l'inflammation intermittente de la plèvre. Roche a observé aussi une pleurésie simple intermittente, constatée, outre les signes ordinaires, à l'aide du *stéthoscope;* et que si la pleuro-pneumonie peut être intermittente, comme elle peut l'être en effet, il n'y a pas de raison pour que la pleurésie ne le soit pas.

Les symptômes de la fièvre pernicieuse péripneumonique ou pleurétique, décrite par Morton et Lanster, sont un violent frisson, un froid général, une douleur intense de poitrine, augmentant dans l'inspiration, de la dyspnée, une faiblesse extrême, le pouls est d'abord petit et formicant, dur et fréquent ; il y ordinairement de la toux. Souvent la soif est excessive et la langue sèche. Cette fièvre, peu commune, n'est évidemment, d'après Boisseau, qu'une inflammation de la plèvre et du poumon, et cela est si vrai, qu'au premier accès on la prend toujours pour une pleurésie ou une pneumonie continue. Ce n'est que lorsqu'on voit les symptômes cesser, l'apyrexie s'établir, puis les symptômes reparaître, qu'on change le nom de la maladie. Laënnec a observé un cas de fièvre pernicieuse péripneumonique ; mais il ne vit le malade qu'au troisième accès, qui débuta par un frisson plus fort et accompagné d'une céphalalgie très-intense, d'une dyspnée et d'hémoptysie. La poitrine ayant été explorée vers le milieu de l'accès, on trouva un bruit respiratoire assez pur partout, excepté à la racine des poumons, où il était masqué par un râle crépitant assez fort, principalement du même côté.

La pleurodynie thoracique est plutôt une courbature des muscles pectoraux qu'une inflammation rhumatismale de ces muscles, et résulte presque toujours d'une fatigue soit du bras, soit de la respiration ; elle se manifeste assez souvent à la fin de la journée des ouvriers qui se livrent à des travaux pénibles, ou bien à la suite d'une longue course contre la direction du vent. On a vu des orateurs, des prédicateurs et des acteurs en être atteints, après de longs discours qu'ils venaient de prononcer.

La douleur se fait sentir vers le sternum et les côtes ; puis elle change de siége, empêche de se coucher du côté où elle se fait sentir, arrête l'inspiration, la toux et le crachement. Le pouls est fréquent, et parfois il faut recourir au cylindre, pour s'assurer qu'il n'existe point d'inflammation de la plèvre. La durée de cette pleurodynie est ordinairement très-courte. Le repos, un bain et quelques frictions sèches ou aromatiques,

joints à une chaleur un peu forte et des sueurs provoquées par quelques boissons diaphorétiques suffisent ordinairement pour la dissiper en peu de jours.

La pleurodynie intercostale est beaucoup plus aiguë, plus douloureuse et plus grave que la thoracique, elle occupe, comme son nom l'indique, les muscles intercostaux et les attaches du diaphragme. Cette affection, vrai rhumatisme, nom que lui ont donné Sydenham et Pringle, ne vient presque constamment qu'à la suite d'un refroidissement. Cette pleurodynie a pour caractère une douleur fixe, occupant l'intervalle des côtes des deux côtés à la fois, et ordinairement aussi d'un seul côté; elle est vive et poignante, n'augmente que très-peu à la pression exercée sur les côtés, mais beaucoup lorsqu'elle est faite sur les muscles intercostaux. Le décubitus sur le côté affecté ne l'accroît en rien, souvent même la diminue, mais la respiration est presque impossible de ce côté, tant elle exaspère la douleur; aussi le malade a-t-il le soin de comprimer le plus qu'il peut le thorax, afin de rendre cette cavité immobile. Cette douleur que le refoulement des viscères abdominaux vers la poitrine n'aggrave en rien, n'a pas un siége fixe. Elle se promène souvent d'espace en espace intercostal, mais son principal siége est toujours aux vrais côtés, au-dessus du sein, et vers la clavicule; elle ne s'éloigne guère de la région sternale, ne devient presque jamais dorsale, et ne vient même occuper la partie inférieure de la poitrine que dans les cas très-rares, où les attaches du diaphragme sont seuls enflammés. Il y a en outre souvent dans cette affection, comme dans la pleurésie, une toux sèche et fatiguante. La difficulté du diagnostic est souvent extrême, l'inflammation des muscles intercostaux se communique et se propage à la plèvre. Dès lors, en effet, les signes distinctifs de ces affections se confondent tellement entr'eux, qu'il est souvent impossible de fixer le siége précis de la maladie. Heureusement l'erreur ne peut jamais être grave, le traitement étant à peu près le même dans l'un et l'autre cas. Je dois encore signaler un cas

quise présente quelquefois dans la pratique : c'est une douleur de côté que l'on confond presque toujours avec la pleurésie chronique ou la pleurodynie, et que souvent encore on attribue faussement à une émigration de vents. Cette douleur presque permanente se fait ressentir au-dessous du sein gauche, ou derrière les fausses côtes du même côté, chez quelques personnes affectées de gastrite chronique, elle n'augmente ni par la pression, ni par les mouvemens de la poitrine, pas même par la toux très-pénible, quoiqu'elle rende le décubitus sur le côté gauche ; elle s'accroît principalement à l'instant de la digestion, sourtout quand celle-ci est laborieuse, et qu'on a fait usage des liqueurs spiritueuses dans le repas ; elle s'accompagne alors de rots, de nausées, de vents, de légères régurgitations, etc. Cette douleur n'est pas lancinante ; elle consiste uniquement dans une espèce de gêne, une sorte de sentiment douloureux, sourd et profond, qui oblige le sujet à se tenir courbé ; elle est presque toujours exempte de fièvre ; assez ordinairement cependant, après le repas, les mains deviennent brûlantes, la bouche sèche et la tête douloureuse ; il s'y joint fort souvent une légère irritation à la gorge, qui engage le malade à garder le silence. Cette douleur a quelque chose d'ennuyeux qui porte à la tristesse et à la mélancolie. Son siége n'est pas fixe, outre les variations que j'ai déjà indiquées, elle se porte très-souvent au creux des l'estomac et dans l'hypocondre gauche, rarement dans le droit. On peut, d'après ces caractères, facilement la reconnaître et la distinguer des autres maladies, avec lesquelles j'ai dit qu'on la confondait le plus ordinairement. Cette douleur n'est pas dangereuse, elle gêne les fonctions et n'altère que légèrement la santé.

Moulin a vu un homme qui en conservait une depuis quinze ans. Cette singulière douleur que tous les excitans accroissent, se dissipe souvent d'elle-même à la longue. Un régime adoucissant, l'application de quelques sangsues à l'épigastre, et surtout celle d'un vésicatoire au-dessous du sein gauche, en triompha presque constamment. On a dû voir par l'énumération des signes

que je viens de donner des pleurodynies thoraciques et intercostales, que ces maladies diffèrent encore assez de la pleurésie proprement dite, pour qu'on puisse, avec un peu d'attention, distinguer cette dernière des deux autres; en effet, il y a entre la pleurodynie et la pleurésie, différence du siége de la douleur, différence de la nature et de l'epèce, outre que la douleur pleurétique ne change jamais de place, tandis que la pleurodynie semblable au rhumatisme musculaire, occupe souvent successivement plusieurs points du thorax, et passe même quelquefois entièrement d'un côté à l'autre. Le bruit respiratoire est faible ou tout-à-fait nul, dans une étendue plus ou moins considérable. Ainsi, quoique les symptômes de la pleurodynie appartiennent en quelque sorte à la pleurésie, on distingue la première de la seconde de ces affections, en ce que dans la pleurésie, l'égophonie se joint à la respiration incomplète, à la résonnance obscure et à l'absence ou à la faiblesse du murmure de la respiration, ce qui n'a jamais lieu dans la pleurodynie. La pleuro-pneumonie est l'inflammation de la portion de la plèvre qui se réfléchit sur les poumons et sur la couche superficielle du parenchyme de ce viscère, laquelle accompagne souvent les catarrhes très-aigus; elle est purement secondaire, et ne semble avoir été déterminée que par les secousses violentes et réitérées des poumons que suscite la toux. C'est en un mot ce qu'on appelle une inflammation de poitrine. Cette phlegmasie ne diffère presque en rien de la pleurésie costale, seulement il n'y a pas de point de côté, la douleur est plus profonde, moins fixe; elle augmente peu par la toux et la respiration. Cette fonction, sans être saccadée comme dans la pleurésie costale, est encore plus gênée et s'accompagne d'une grande anxiété d'étouffement, de chaleur brûlante dans la poitrine, particulièrement vers le sternum; ces derniers symptômes sont augmentés d'une manière remarquable par la dyspnée et la toux, le refoulement des viscères abdominaux vers le thorax. Le malade préfère le décubitus sur le dos, la tête étant élevée, quoiqu'il puisse se coucher également sur l'un et l'autre côté.

La pleuro-pneumonie, ainsi que la pleurésie, peut être aiguë, chronique ou latente. On la voit assez souvent déterminer chez les vieillards et les sujets disposés aux hydropisies, des inflammations pulmonaires et même des emphysèmes des poumons, surtout lorsqu'elle est latente et ancienne; chez les individus dont je viens de parler, et qu'elle est associée à un vieux catarrhe, souvent aussi dans ces mêmes circonstances, elle amène à la longue, et sans que les symptômes inflammatoires prennent une nouvelle intensité.

L'hépatisation d'une couche plus ou moins profonde et étendue du parenchyme pulmonaire; dans ces différens cas cette maladie est mortelle. L'emphysème du poumon est caractérisé par une dyspnée extrême, augmentant par accès qui n'ont rien de régulier pour le retour et la durée, laquelle s'accroît par l'effet de la cause la plus légère; les mouvemens de la poitrine sont étendus, mais peu réguliers, habituellement inégaux; l'inspiration est ordinairement rapide, brusque, haute; l'expiration longue, gradnée et incomplète; la différence entre la durée de ces deux mouvemens fait paraître la respiration entre-coupée, dans les accès la respiration devient convulsive. La poitrine donne par la percussion un son beaucoup plus clair que dans l'état sein; mais cette résonnance outrée n'est pas égale dans tous les points, parce que rarement la maladie occupe tout un poumon.

Si l'affection est double, il est difficile d'apprécier cette augmentation de la sonoréité du thorax; et dans le cas ou l'emphysème n'existe que d'un seul côté, elle devient un signe trompeur dont l'oscultation seule peut faire reconnaitre la valeur. En effet, dans tous les points occupés par l'emphysème, le murmure de la respiration est très-forte ou tout-à-fait nul; le contraste de cette forte résonnance du thoax avec la faiblesse ou la nullité du bruit respiratoire, forme le signe caractéristique de cette maladie.

Un autre signe tiré de la mensuration se joint aussi à ceux que je viens d'énumérer, quand la maladie est ancienne et fort étendue.

C'est la dilatation du côté affecté, ou si l'emphysème est double, c'est la forme presque cylindrique, bombée en avant et en arrière que prend la poitrine : Baronio, Sonnert, Rivière, Platérius, et surtout Pierre Servius, avaient la même opinion que Triller, médecin fort érudit, et confondaient aussi ces deux affections ensemble. Il faut attribuer cette erreur au peu de progrès qu'avait fait l'anatomie pathologique jusqu'à la fin du dernier siècle.

Discerner la pleure-pneumonie et la pneumonie de la pleurésie est donc parfois nécessaire et toujours utile, quoi qu'en disent certains praticiens ; c'est pourquoi on doit étudier avec soin les différences que présentent les signes caractéritiques de l'inflammation de ces deux tissus si voisins. Deux mots sur la différence de l'inflammation de ces deux tissus.

La pleuro-pneumonie est l'inflammation simultanée de la plèvre, soit costale, soit pulmonaire, et du poumon lui-même. Très-rarement double, cette phlegmasie qui a plutôt son siége à droite qu'à gauche ; n'arrive guère que chez les individus forts et pléthoriques, et a pour cause non-seulement celles qui déterminent toutes les autres inflammations du thorax, mais plus particulièrement encore les violens efforts du poumon, tels qu'une course prolongée contre la direction de l'air et un usage outré des instrumens à vent ; les coups, les chutes sur la poitrine en sont encore les causes très-ordinaires. C'est cette inflammation qu'on nomme presque exclusivement fluxion de poitrine.

Cette maladie sévit de préférence pendant les fortes chaleurs d'août et de septembre, dans les froids secs de décembre et janvier. C'est surtout lorsque l'air et très-raréfié qu'elle est plus fréquente et très-aiguë. Tantôt la pleuro-pneumonie s'accompagne d'un point de côté, c'est lorsque la plèvre costale est enflammée ; d'autres-fois, il n'y a qu'une forte anxiété de poitrine ; c'est lorsque la pleuro-pneumonie n'affecte de la plèvre que la portion de cette membrane qui revêt le poumon. Si une pleurésie intense co-existe avec une pneumonie légère, cette dernière est ordinairement partielle, disséminée ou bornée aux lobes inférieurs, rarement

elle parvient à la suppuration, et la révolution se fait lentement. La douleur pleurétique quelquefois moins aiguë, est surtout sensible quand on comprime les parois thoraciques et par le mouvement de la respiration ; elle se confond avec une douleur obtuse et profonde. Ce sentiment d'oppression et d'étouffement que l'on remarque dans la pneumonie, se joint à cette douleur aiguë et lancinante, à cette immobilité de parois de la poitrine qu'on observe dans la pleurésie.

Dans cette double inflammation, la physionomie est ordinairement d'un rouge plus foncé, le pouls plus développé et plus dur ; la toux qui fait éprouver encore cette douleur aiguë qui dessine la physionomie de la pleurésie est, comme dans la pneumonie, suivie d'une expectoration, dans laquelle nagent des stries sanguinolantes. La phlegmasie pulmonaire est caractérisée par le râle crépitant, étendu ordinairement à la racine du poumon, sous l'omoplate, à l'aisselle ou au-dessous des clavicules : la douleur de la pleurésie étouffe, en quelque sorte, la pneumonie, l'empêche de se développer, d'augmenter d'intensité, de s'étendre, mais aussi elle empêche la résolution, et la mort est souvent le résultat d'une si redoutable complication. L'égophonie, absente dans une pleuro-pneumonie sans épanchement, pourrait cependant aider encore à distinguer ces deux affections.

On voit plus rarement une pleurésie étendue coïncider avec une pneumonie intense ; dans ce cas, les symptômes de l'une et de l'autre phlegmasie sont très-prononcés ; le râle crépitant et la voix chevrotante, sont tous deux très-marqués, et persistent jusqu'à la convalescence.

Quant à la pleuro-pneumonite chronique avec épanchement, ils est absolument impossible de la distinguer de la pleurésie et la pleuro-pneumonie dans les mêmes circonstances. L'égophonie serait encore le seul signe qui pourrait faire discerner l'une de ces deux dernières affections, de la pleuro-pneumonie chronique sans épanchement, mais avec hépatisation du poumon, ou infiltration du pus dans le tissu de cet organe.

La pneumonie est l'inflammation exclusive du poumon ; cette phlegmasie est beaucoup plus rare que la pleuro-pneumonie, et en général que toutes les autres inflammations de poitrine. C'est le phlegmon des poumons qu'elle affecte presque toujours tous deux en même temps à différens degrés.

Dans la pneumonie la douleur est profonde et obtuse, le sentiment d'oppression et d'étouffement est très-marqué, précisément si une grande portion d'un des lobes du poumon est envahi par l'inflammation. Dans la pleurésie, la douleur est moins profonde et semble superficielle, change quelquefois de place, est aiguë, lancinante, augmente beaucoup par la respiration ; l'inspiration est comme entre-coupée : si l'on compare l'état de la respiration, la manière dont elle se trouve entravée dans ces deux affections, on voit que dans la pneumonie ce sentiment d'oppression et d'étouffement dépend de l'engorgement du tissu du poumon, le rend imperméable à l'entrée de l'air ; que dans la pleurésie, au contraire, la difficulté de la respiration est due au sentiment de douleur aiguë qu'éprouve le malade, au moment de l'inspiration qui, résultant de la dissention de la plèvre ou du frottement de la portion costale, contre la portion pulmonaire, rend l'inspiration comme entre-coupée. Si l'on tient compte encore du sentiment de la douleur qui est communément vive et lancinante, dans la pleurésie obtuse et profonde, dans la pneumonie, on verra encore que son caractère pongitif et aigu, dans le premier cas, et l'apanage de l'inflammation de la plèvre, et que dans le second cas, le caractère obtus et profond de celle-ci, accompagne le début des phlegmasies des organes parenchymateux. On remarque dans l'inflammation de la plèvre une petite toux sèche qui occasionne des douleurs par les mouvemens qu'elle excite ; rarement on y remarque des stries de sang dans le peu d'expectoration de nature visqueuse que rendent les sujets. Dans la pneumonie, l'expectoration est abondante, et la matière expectorée est tâchée de stries sanguinolentes, formée de crachats, d'un blanc légèrement jaunâtre ou

verdâtre, mêlée de bulles d'air, à raison de la viscosité de la matière, viscosité tellement tenace, que l'on peut renverser le vase qui la contient, le tenir long-temps dans cette position, sans que les crachats, quoiqu'en grande abondance, se détachent de ses parois.

Pour bien apprécier les signes de l'inflammation des poumons, il faut idéalement porter un regard dans la poitrine et y suivre tous les progrès de la phlegmasie pulmonaire. Ainsi, dans les premiers jours d'une pneumonie-pulmonie aiguë, les poumons sont rouges et gorgés de sang, leurs vaisseaux développés, et leur tissu réticulaire infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente; l'inflammation faisant des progrès, la couleur rouge devient bleuâtre, le parenchyme du poumon dur, compacte et granulé, les vésicules aériennes comprimées; à un degré plus avancé, la sérosité puriforme s'infiltre dans le tissu cellulaire de l'organe; à une période plus élevée encore, de véritable pus, plus ou moins mêlé de sanie, est épanché dans les cellules des poumons, où se ramasse en un ou plusieurs foyers ou vomiques; enfin, dans le plus haut degré de l'inflammation, la gangrène s'empare de ces viscères, et leur tissu, alors très-noir, tombe en putrilage et fond sous le doigt qui le presse.

Outre les signes qui font reconnaître le siége et les symptômes propres à la pleurésie, il en est encore d'autres qui non-seulement établissent d'une manière satisfaisante tout ce qui est particulier à cette phlegmasie, mais servent encore à éclairer sa marche et son pronostic; je veux parler de l'auscultation médiate, qui a le double avantage de faire connaître tous les symptômes qui se remarquent dans l'intérieur, et qui ne sont particuliers qu'à la pleurésie, et de confirmer un diagnostic qui aurait paru incertain par l'absence des symptômes qu'on remarque quelquefois dans cette affection, et surtout quand elle est chronique, latente et circonscrite. Voici ce qu'on observe si on a recours au cylindre: diminution ou cessation absolue du bruit de la respiration, apparition, disparition et retour

d'un bruit particulier, auquel Laënnec a donné le nom d'égophonie ou pectoriloquie chevrotante.

Dès qu'un épanchement est formé, si l'on percute la poitrine elle fait entendre un son mat. Il reste donc à déterminer si le caractère de ce son provient d'une pleurésie ou d'une pneumonie. Si le son est mat dans une grande étendue, il est possible qu'il s'agit d'une pleurésie, surtout lorsque peu après il s'étend à tout le côté affecté, ou du moins à toute sa moitié inférieure. L'épanchement est-il copieux dans la plèvre, on trouve d'abord le bruit respiratoire diminué ou déjà nul dans le côté affecté, ce qui en général n'établit encore que la plèvre enflammée; mais si après quelques heures seulement de maladie on n'entend plus, en aucune manière, le bruit respiratoire dans tout le côté affecté, sauf le long de la colonne vertébrale, on l'entend encore dans une longueur d'environ trois doigts, mais plus faiblement que de l'autre côté; quand un seul est malade, dans ce cas, on peut affirmer qu'il y a inflammation aiguë de la plèvre avec épanchement abondant, lors même que la douleur ne se ferait plus sentir: ainsi, l'absence subite, égale, uniforme, complète du bruit respiratoire, quels que soient les effets d'inspiration, est un signe non équivoque de la pleurésie aiguë, récente, avec épanchement abondant.

La persistance du bruit respiratoire le long de la colonne vertébrale vient ajouter à la certitude des signes précédens; elle se remarque même dans les pleurésies chroniques, dans lesquelles le liquide épanché est très-considérable. Si l'on cherche maintenant l'explication de ce phénomène, on peut très-bien le résoudre par le refoulement du poumon vers cette partie. Si l'épanchement est moins abondant, la respiration s'entend encore au-dessous des clavicules; s'il est peu considérable après quelques heures ou quelques jours après, la respiration se fait encore entendre dans tout le côté malade, mieux qu'elle ne semblerait devoir le faire en raison du son mat que la percussion procure, mais moins que du côté sain. Enfin, si l'épanchement

augmente, le bruit respiratoire diminue peu à peu et finit par s'éteindre, excepté à la racine du poumon, où on l'entend toujours un peu. Quand l'épanchement est déjà considérable, le bruit respiratoire est très-fort dans le côté opposé à celui qui est affecté ; il retentit même quelquefois à travers celui-ci, ce qui peut devenir une cause d'erreur.

Il a semblé, d'un cas observé par Louis, résulter que le poumon sain pouvait empiéter sur le côté malade en déplaçant le mediastin antérieur ; en effet, dans le cas dont parle ce médecin, la matité ne commençait pas dans le côté malade à la ligne médiane, mais seulement à partir d'un trait vertical tiré d'un pouce et demi de cette ligne. On ne peut bien s'expliquer ce phénomène qu'en admettant cet empiétement du poumon sain sur le côté malade, ou en imaginant des adhérences tout-à-fait insolites dans le poumon malade. Si les lumières de l'anatomie pathologique ont manqué dans ce cas à Louis, pour éclairer ses doutes, il a depuis, dans d'autres circonstances, celle d'un emphysème pulmonaire, d'un côté, pu s'assurer d'une manière très-positive que le médiastin était refoulé bien au-delà de la la ligne médiane. Dans tous les cas de pleurésie simple, l'épanchement n'a lieu que d'un côté ; il n'en est pas ainsi lorsqu'il y a présence de tubercules. Il s'ensuit que la seule présence d'un double épanchement peut, suivant Louis, faire soupçonner les tubercules.

Chez quelques individus dont les poumons ont contracté, vers leur sommet, des adhérences de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, on peut entendre encore, d'une manière assez distincte, la respiration à la région de la clavicule. Si après l'absence subite et complète du bruit de la respiration, qui est l'indice d'un épanchement pleurétique abondant, le cylindre donne la conscience de son retour, on est en droit de penser que la quantité diminue par l'effet de l'absorption. Alors le bruit respiratoire qui avait continué à se faire entendre dans la région dorsale, devient plus sensible, puis ce bruit recommence à la

partie antérieure et supérieure de la poitrine, et sur le sommet de l'épaule, ensuite on l'entend, en outre, sous l'omoplate; enfin, il disparaît graduellement dans le reste du côté affecté. Ce retour du bruit de la respiration est plus lent dans la pleurésie que dans la pneumonie; il se fait encore plus entendre surtout chez les individus lymphatiques atteints de cette maladie, que dans l'inflammation du parenchyme. Des semaines, des mois se passent quelquefois avant qu'il soit rétabli partout, parfois il ne revient jamais aussi net qu'auparavant.

Il est bien rare que dans les pleurésies on entende une respiration bronchique, et lorsqu'elle existe, elle est faible et peu caractérisée, ce qui est dû, sans doute, à ce que l'épanchement comprime autant les bronches que les vésicules pulmonaires. Ceci constitue une différence très-importante pour le diagnostic entre la péripneumonie et la pleurésie, puisque, dans les deux cas, il peut y avoir même matité, même absence du bruit respiratoire. Jusqu'à présent, Laënnec n'a fait qu'indiquer les signes de la présence d'un liquide dans la plèvre. Mais la pleurésie, dit le professeur Andral, dans la presque totalité des cas, est accompagnée d'un épanchement, par conséquent, les signes de celui-ci contribuent puissamment à établir le diagnostic de l'inflammation de la plèvre.

Examinons maintenant comment a lieu la solution de la pleurésie, quant à ses phénomènes physiques. Lorsque l'épanchement est peu abondant, il occupe la partie postérieure et inférieure du thorax pour s'étendre successivement en haut et en avant à mesure qu'il augmente; il en est de même lorsque l'absorption a lieu, le liquide alors abandonne d'abord les parties antérieures et supérieures. Ces phénomènes s'expliquent fort bien par la pesanteur spécifique du liquide et la configuration de la poitrine. Le poumon malade peut aussi reprendre peu à peu sa place accoutumée; mais comme il a subi une longue compression et qu'il a ainsi quelque peine pour revenir à son volume primitif; que, d'un autre côté, le liquide s'absorbant, il ne peut se former

un vide dans la cavité thoracique, il est nécesaaire que les parois aillent à la rencontre du poumon, et que la poitrine, après avoir été dilatée, se rétrécisse : cet effet s'apprécie aisément. Weber a trouvé, dans ce cas, le côté malade déprimé et comme enfoncé, le mamelon qui lui correspond plus bas que celui du côté sain. Les fausses membranes, en grande quantité alors et ayant acquis un certain degré d'organisation, contribuent probablement à ce rapprochement en se resserrant de plus en plus à mesure qu'elles deviennent plus fermes, et en agissant ainsi à la manière des cicatrices.

On juge de la gravité de la pleurésie d'après la violence des symptômes, et sa co-existence avec d'autres maladies plus ou moins graves, d'après le retour de certaines fonctions, telles que celle de la transpiration, des hémorrhagies, le retour des règles chez les femmes, et d'une épistaxie chez les jeunes gens, pour rendre leur cours normal ou habituel, d'après certaines évacuations, selon l'époque où elles arrivent dans le cours de la maladie. On doit redouter la mort du sujet toutes les fois que la phlegmasie qui nous occupe se présente avec ce cortége effrayant de symptômes, qui fait présumer que la totalité ou la presque totalité d'une des plèvres est envahie par l'inflammation, et que son énergie semble persister malgré la médication la plus rationnelle.

Le pronostic sera encore le même, si cette phlegmasie se propage au poumon, comme le dit Hippocrate dans son aphorisme II, sect. 7, *ex pleuritide peripneumonia, malum*, et si les hypothimies et les contractions du pouls indiquent que la phlegmasie s'est communiquée au péricarde. Lorsque l'inflammation s'est réfléchie aux membranes du cerveau, qu'elle se complique avec les fièvres de mauvais caractère, avec les fièvres adynamiques et ataxiques, on doit ordinairement porter un jugement funeste sur le sort du malade. Si, au contraire, la circonscription de la douleur et de la fièvre fait présumer que l'inflammation n'occupe qu'une petite portion de la plèvre, et

que la vigueur de la maladie a déjà cédé en partie aux remèdes appropriés, tels que les saignées générales, locales, réitérées; selon les forces de l'individu, et après la cessation de la fièvre en grande partie, les vésicatoires sur la poitrine, le pronostic sera avantageux.

La durée de la pleurésie aiguë est de quatre à quatorze jours environ, du moins on lui assigne cet espace de temps.

Lorsque malgré tous les moyens mis en usage l'épanchement persiste, faut-il avoir recours à l'opération de l'empyème? Cette opération a été surtout pratiquée jusqu'à présent dans le cas où l'épanchement était le résultat d'une plaie pénétrante; elle a spécialement réussi lorsque cet épanchement était par du sang.

L'inflammation est alors nulle ou très-secondaire. Les circonstances sont loin d'être les mêmes dans le cas où l'épanchement est le résultat d'une véritable inflammation de la plèvre; deux cas peuvent se présenter : dans le premier, on pratique l'opération lorsque l'inflammation persiste encore, et elle est alors inutile; car on ne détruit pas la cause, et à peine le liquide est-il évacué qu'il doit tendre à se reproduire; dans le second cas, on tente l'opération lorsqu'il n'y a plus, proprement dit, d'inflammation, et que le liquide amassé dans la cavité de la plèvre n'est plus qu'un corps étranger dont la présence seule est un obstacle à la guérison. L'opération de l'empyème peut d'ailleurs, chez les sujets irritables, rallumer une inflammation mal éteinte, de même que chez les sujets ascitiques. L'opération de la paracenthèse a plus d'une fois produit des péritonites. Enfin, la difficulté de distinguer d'une manière sûre, dans tous les cas, s'il y a épanchement pleurétique ou hépatisation du poumon, est une des causes qui doit s'opposer à ce que l'on pratique fréquemment l'opération de l'empyème. Cette opération nous semble ne devoir être tentée que lorsque, outre les signes ordinaires de l'épanchement, il y a dilatation non douteuse du thorax et fluctuation manifeste à travers les espaces intercostaux, qui, rejetés au dehors, dépassent le niveau des côtes.

FIN.